

ОРЖИН

АКУШЕРСТВО • ГИНЕКОЛОГИЯ • РЕПРОДУКЦИЯ

№1
2007

**Современный алгоритм
лечения миомы матки**

**Подготовка эндометрия
к беременности**

Современный алгоритм

А.Л. Тихомиров, д.м.н., профессор

Несмотря на то, что самому распространенному хроническому заболеванию женщин – миоме матки – посвящено немало монографий, статей и диссертаций, она продолжает оставаться «любимой» патологией гинекологов, склонных к хирургической деятельности.

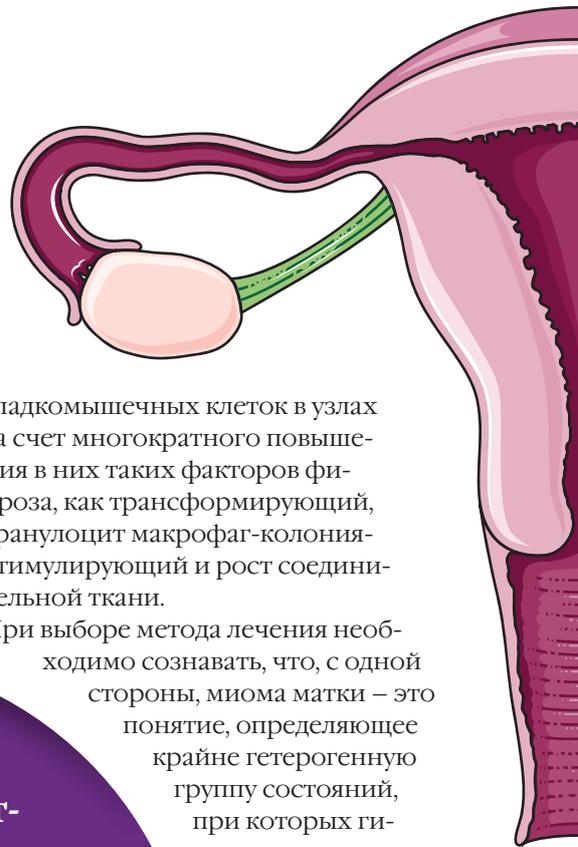
Лейомиома матки до сих пор не рассматривается в большинстве случаев как заболевание, которое можно вылечить консервативно, т.е. органосохраняюще (conservo – сохранять). В то же время гистерэктомия – наиболее распространенная операция в гинекологии, а средний возраст пациенток, подвергающихся ей, составляет 40,5+3,2 года. При этом в России 90% гистерэктомий проводится по поводу доброкачественных заболеваний в репродуктивном возрасте без учета развития постгистерэктомического синдрома начиная с раннего послеоперационного периода. Встают главные вопросы: можно ли лечить миому матки органосохраняюще, как в каждой конкретной ситуации и что делать, если гистерэктомия уже неизбежна? Необходимо отметить, что в настоящее время миома матки рассматривается как моноклональный гормоночувствительный пролиферат, состоящий преимущественно из фенотипически измененных гладкомышечных клеток, а потенциал ее так называемой малигнизации такой же, как и у нормального миометрия, что доказано многочисленными исследованиями. Это позволяет отказаться от существовавшей многие годы завышенной установки на онкологическую настороженность в отношении миомы матки и шире использовать органосохраняющее лечение у таких больных. Рост миомы матки наиболее часто обусловлен фенотипической трансформацией

Тактика лечения миомы матки в настоящее время реально определяется размерами узлов, их локализацией, возрастом пациентки, симптомами, репродуктивными планами, благосостоянием пациентки, предпочтением ею того или иного вида лечения.

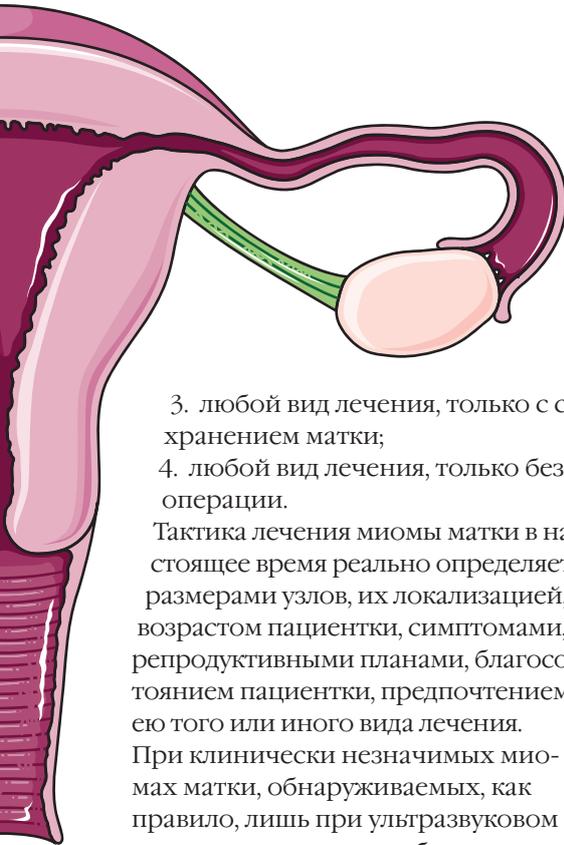
гладкомышечных клеток в узлах за счет многократного повышения в них таких факторов фиброза, как трансформирующий, гранулоцит макрофаг-колониестимулирующий и рост соединительной ткани.

При выборе метода лечения необходимо сознавать, что, с одной стороны, миома матки – это понятие, определяющее крайне гетерогенную группу состояний, при которых гистологическая классификация клинически не применима. Классификация по локализации не дает полной информации о выборе рационального лечения, а существующие показания к гистерэктомии дают возможность динамически наблюдать больных до рубежа, соответствующего величине 12-недельной беременной матки, то есть допускают сначала пассивность в отношении пациенток с меньшими размерами миомы матки, переходя потом к выраженной агрессии в отношении их маток. С другой стороны, можно выделить четыре основные группы больных миомой матки:

1. все равно, как лечиться – полное доверие выбору врача;
2. колеблющиеся;



лечения миомы матки



3. любой вид лечения, только с сохранением матки;

4. любой вид лечения, только без операции.

Тактика лечения миомы матки в настоящее время реально определяется размерами узлов, их локализацией, возрастом пациентки, симптомами, репродуктивными планами, благосостоянием пациентки, предпочтением ею того или иного вида лечения.

При клинически незначимых миоматках матки, обнаруживаемых, как правило, лишь при ультразвуковом исследовании, целесообразным является использование монофазных низкодозированных комбинированных оральных контрацептивов в пролонгированном режиме (например, марвелон). При малых множественных миоматках матки до 2-2,5 см в диаметре показаны агонисты ГнРГ с последующим использованием КОК в пролонгированном режиме (например, Марвелона). При миоматках средних размеров с доминирующими узлами от 4 до 6 см – консервативная миомэктомия с адъювантами в виде агонистов ГнРГ в послеоперационном периоде или селективная эмболизация миомы матки. При крупных подслизистых узлах миомы матки, бесперспективных для попыток гистерорезектоскопии, наиболее целесообразным методом органосохраняющего лечения является проведение эмболизации миомы матки с последующей экспульсией подслизистых узлов. При сложных и гигантских миоматках матки, являющихся следствием упущенного времени для проведения органосохраняющего лечения, – ги-



Схема алгоритма комплексного консервативного лечения больных миомой матки

стерэктомия, поддержанная приемом тканеселективного регулятора эстрогенной активности – ливииала, с раннего послеоперационного периода с целью возможного восстановления функции яичников, снижение кровотока в которых отмечается до 75% наблюдений при проведении гистерэктомий без придатков. Начало терапии ливииалом на 2-3-й день после гистерэктомии без придатков позволяет предупредить преждевременное наступление климактерического периода, провести полноценную гормональную реабилитацию пациенток в условиях послеоперационного угнетения функции яичников, скорректировать тревожно-депрессивные и сексуальные нарушения.

Однако несмотря на уникальные возможности ливииала в реабилитации пациенток после гистерэктомии, следует подчеркнуть, что органосохраняющее лечение миомы матки возможно, если: нет сопутствующей патологии, при которой необходимо удалять матку; есть хотя бы теоретическая возможность ее сохранить; есть желание пациентки; отсутствует давление со стороны врача, обусловленное выполнением установки на хирургическую активность, желанием оперировать или учиться оперировать, финансовой заинтересованностью, незнанием или псевдознанием всех методов лечения, личным примером, отсутствием оборудования или неумением оперировать, сохраняя орган, безучастностью к пациентке; есть оборудование, умение и желание врача помочь, как хочется пациентке, а не как удобно врачу.

Таким образом, миому матки надо лечить независимо от ее размеров, при этом лечить ее надо максимально щадящим методом. ●